

Services résidentiels – formulaire de demande/d'aiguillage - Partie 2

Partie 2 — Renseignements médicaux (formulaire CS-RS 894F)

Vue d'ensemble :

Le Programme des services résidentiels, aussi connu sous le nom de Programme des centres d'accueil, est assuré par des résidences privées ou à but non lucratif qui fournissent de l'hébergement de longue durée aux adultes vulnérables ayant besoin de surveillance et de services pour conserver leur autonomie. Les services offerts sont notamment les suivants : chambres meublées, interventions d'urgence 24 heures sur 24, gestion des médicaments, repas et collations, entretien ménager, services de buanderie, activités sociales et récréatives.

Avant de remplir le formulaire de demande, lisez le guide ([formulaire CS-RS 892F](#)) disponible sur le site ottawa.ca. Ce guide fournit des instructions étape par étape sur la façon de remplir un formulaire de demande.

Afin d'obtenir une subvention pour des services résidentiels, il faut remplir un formulaire de demande, qui comporte deux parties :

- Partie 1 : Renseignements sur le demandeur (formulaire CS-RS 893F)
- **Partie 2 : Renseignements médicaux (formulaire CS-RS 894F)**
 - Le demandeur doit consentir à la divulgation de renseignements en remplissant et en signant la section 2A (Autorisation de divulgation des renseignements médicaux).
 - **Les sections 2B à 2D doivent être remplies par un professionnel de la santé**, comme un médecin (par exemple un médecin de famille, un psychiatre ou un neurologue), une infirmière ou un travailleur social.

Si vous avez besoin d'aide pour trouver un professionnel de la santé, vous pouvez communiquer avec le [centre communautaire de votre quartier](#).

Si aucun professionnel de la santé ne vous offre des services, un gestionnaire de cas du Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) ou de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) ou un autre travailleur de proximité peut remplir les sections du formulaire portant sur les renseignements médicaux.

Si vous ne pouvez pas imprimer le formulaire de demande (partie 1 – Renseignements sur le demandeur et partie 2 – Renseignements médicaux), écrivez à l'adresse Soutienscommunautaires@ottawa.ca ou appelez au 613-580-2424, poste 26586, pour en recevoir une copie par la poste.

Envoyez le formulaire dûment rempli à la Ville d'Ottawa – Soutiens communautaires

Lorsque vous aurez rempli la partie Renseignements sur le demandeur (sections 1A à 1E) et la partie Renseignements médicaux (sections 2A à 2D), envoyez-les :

Par courriel : Soutienscommunautaires@ottawa.ca (document original numérisé seulement)

Par télécopieur : 613-580-2790 ou,

Par la poste : Soutiens communautaires, 370, rue Catherine, Ottawa (Ontario) K1R 5T5

Services résidentiels – formulaire de demande/d'aiguillage - Partie 2

Section 2A – Autorisation de divulgation des renseignements médicaux

Doit être remplie par le demandeur

(nom du demandeur)

Je, soussigné(e), ,
consens à la collecte des renseignements personnels à mon sujet contenus dans le présent formulaire et à leur divulgation à un représentant autorisé de la Ville d'Ottawa aux seules fins de détermination et de vérification de mon admissibilité au Programme des services résidentiels (Programme des centres d'accueil)

Signature du demandeur : _____

Témoin : _____

Date : _____

Les renseignements personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis en vertu de la Loi de 2001 sur les municipalités, L.O. 2001, chap. 25, articles 8 et 10. Les renseignements personnels seront utilisés par la Ville d'Ottawa afin de déterminer l'admissibilité et l'administration du Programme de services résidentiels. Toute question concernant la collecte et l'utilisation de vos renseignements personnels peut être adressée au Commis au Soutien administratif par téléphone au 613-580-2424 poste 43511, par la poste à 370, rue Catherine, 3e étage, Ottawa, Ontario, K1R 5T5.

Services résidentiels – formulaire de demande/d'aiguillage - Partie 2

À FAIRE REMPLIR PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Un professionnel de la santé, comme un médecin (par exemple un médecin de famille, un psychiatre ou un neurologue), une infirmière ou un travailleur social, doit remplir la section 2B (Source d'aiguillage), la section 2C (Renseignements médicaux) et la section 2D (Autres renseignements médicaux).

Section 2B – Source d'aiguillage

Nom du demandeur :

Quelle est la personne qui dirige le demandeur vers le programme ou qui l'aide à présenter la demande?

Médecin de famille Psychiatre Neurologue Infirmière Travailleur social

Autre Veuillez préciser :

Coordonnées de la source d'aiguillage

Organisme/nom :

Personne qui aiguille le demandeur :
(nom complet en caractères d'imprimerie)

Téléphone :

Télécopieur :

Adresse : Numéro de bureau :

Ville : Province : Code postal :

Adresse de courriel :

Signature du médecin/ de la source d'aiguillage

Date (JJ/MM/AAAA)

Services résidentiels – formulaire de demande/d'aiguillage - Partie 2

Section 2C – Renseignements médicaux

Diagnostic médical (Indiquez le diagnostic physique, de trouble mental ou de retard de développement établi par le médecin [schizophrénie, diabète, etc..])

Quelles sont les limitations du demandeur?

Mobilité

Marche/ position debout	<input type="radio"/> Autonome <input type="radio"/> Autonome avec aides <input type="radio"/> Besoin d'aide Si la personne a besoin d'aide, sélectionnez toutes les situations qui s'appliquent : <input type="checkbox"/> Pour marcher à l'extérieur <input type="checkbox"/> Pour marcher à l'intérieur <input type="checkbox"/> Pour rester debout plus de 15 minutes <input type="checkbox"/> Pour s'asseoir <input type="checkbox"/> Pour monter et descendre les escaliers
Soulèvement de charges	Concernant la capacité du demandeur à soulever des charges, sélectionnez toutes les situations qui s'appliquent : <input type="checkbox"/> Aucun soulèvement <input type="checkbox"/> Soulèvement de charges légères (par exemple des sacs d'épicerie) <input type="checkbox"/> Soulèvement de charges lourdes (par exemple 25 canettes de cola)
Poigne	Sélectionnez les situations qui s'appliquent. Est-ce que le demandeur a de la difficulté à : <input type="checkbox"/> Tenir des ustensiles? <input type="checkbox"/> Enlever des couvercles?
Mobilité des épaules	Sélectionnez les situations qui s'appliquent. Est-ce que le demandeur a de la difficulté à : <input type="checkbox"/> Atteindre des objets se trouvant au-dessus de la hauteur des épaules <input type="checkbox"/> Atteindre des objets dans une armoire
Mouvements de flexion et de torsion et mouvements répétitifs	Sélectionnez les situations qui s'appliquent. Est-ce que le demandeur a de la difficulté à : <input type="checkbox"/> Faire un lit? <input type="checkbox"/> Plier la lessive ou ranger des vêtements? <input type="checkbox"/> Ramasser des objets au sol? <input type="checkbox"/> Passer le balai, la vadrouille ou l'aspirateur ou laver les planchers?

Veillez indiquer si des aides adaptatives permettraient au demandeur de réaliser certaines de ces tâches (par exemple ustensiles modifiés, aides pour le bain). Veuillez préciser :

Renseignements supplémentaires/commentaires :

Services résidentiels – formulaire de demande/d'aiguillage - Partie 2

Soins personnels	
Habillement	<input type="radio"/> Autonome <input type="radio"/> Besoin d'aide <input type="radio"/> Besoin d'indices Sélectionnez les situations qui s'appliquent. Est-ce que le demandeur a de la difficulté à : <input type="checkbox"/> Mettre ses chaussures? <input type="checkbox"/> Boutonner sa chemise ou son pantalon?
Bain/ autre	<input type="radio"/> Autonome <input type="radio"/> Besoin d'aide <input type="radio"/> Besoin d'indices Sélectionnez les situations qui s'appliquent. Est-ce que le demandeur a de la difficulté à : <input type="checkbox"/> Entrer dans la douche ou le bain et en sortir? <input type="checkbox"/> S'alimenter? <input type="checkbox"/> Se tenir debout dans la douche?
Incontinence – urine	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas Si oui, est-ce que le demandeur est autonome en ce qui a trait à l'utilisation des produits et appareils liés à son incontinence? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Incontinence – selles	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas Si oui, indiquez si le demandeur est autonome en ce qui a trait à l'utilisation des produits et appareils liés à son incontinence : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Besoins spéciaux	<input type="checkbox"/> Parole <input type="checkbox"/> Vue <input type="checkbox"/> Ouïe <input type="checkbox"/> Autre (précisez) <input type="text"/>

Exigences alimentaires	
Allergies	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas Détails : <input type="text"/>
Régime alimentaire spécial	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas Détails : <input type="text"/>
Autres limitations? Commentaires	<input type="text"/>

Services résidentiels – formulaire de demande/d'aiguillage - Partie 2

Section 2D – Autres renseignements médicaux

Antécédents sociaux/type de problème :	
<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	
Le demandeur est-il représenté par un mandataire?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas
Le demandeur a-t-il été déclaré incapable? Si oui, veuillez fournir le nom et les coordonnées du tuteur ou curateur public, les renseignements relatifs à la procuration, etc.	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
Le demandeur bénéficie-t-il de services de soutien communautaire (par exemple CASC, suivi intensif dans le milieu, de l'ACSM)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas Si oui, précisez lesquels et fournissez des coordonnées : <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
Le demandeur a-t-il un problème de consommation d'alcool ou de drogues?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas <input type="radio"/> Oui - Autrefois Si oui, précisez : <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
Le demandeur : <ul style="list-style-type: none"> • Fait-il l'objet d'une ordonnance de traitement en milieu communautaire? • Fait-il l'objet d'une ordonnance du tribunal? • Participe-t-il à des activités criminelles? • Est-il en probation ou en liberté conditionnelle? • A-t-il un agent de probation ou de libération conditionnelle? 	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas Si vous avez répondu oui à l'une de ces questions, donnez des précisions. <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>

Services résidentiels – formulaire de demande/d'aiguillage - Partie 2

Signes et symptômes de la maladie d'après le diagnostic médical
Sélectionnez les signes et symptômes applicables parmi la liste ci-dessous, et donnez des précisions.

Signes/symptômes :	Détails :
<input type="radio"/> Anxiété <input type="radio"/> Sans objet	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Agressivité <input type="radio"/> Sans objet	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Apathie liée au sevrage <input type="radio"/> Sans objet	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Fonctions cognitives <input type="radio"/> Sans objet	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Communication <input type="radio"/> Sans objet	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Pensées délirantes <input type="radio"/> Sans objet	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Dépression <input type="radio"/> Sans objet	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Comportement sexuel inapproprié <input type="radio"/> Sans objet	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Comportement obsessionnel compulsif <input type="radio"/> Sans objet	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Paranoïa <input type="radio"/> Sans objet	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Problèmes de sécurité <input type="radio"/> Sans objet	<input type="text"/>

Services résidentiels – formulaire de demande/d'aiguillage - Partie 2

Comportement <input type="radio"/> ou pensées suicidaires	<input type="radio"/> Sans objet	
<input type="radio"/> Égarement et confusion	<input type="radio"/> Sans objet	
<input type="checkbox"/> Autre		

Médication actuelle

Nom des médicaments	Dosage/posologie (par exemple prise quotidienne, hebdomadaire ou mensuelle)

Nom et adresse de la pharmacie actuelle :

--

Hospitalisations (au cours des deux dernières années)

Date d'admission	Durée	Établissement	Type de problème